

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS)

**PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO SUBMETIDOS AO DESMAME
VENTILATÓRIO EM UMA UTI NEONATAL**

Recife, 2016.

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS)

**PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO SUBMETIDOS AO DESMAME
VENTILATÓRIO EM UMA UTI NEONATAL**

Trabalho de Pesquisa a ser apresentado a Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) para fins de Conclusão de Curso (TCC) Fisioterapia

Recife, 2016.

IDENTIFICAÇÃO

- **Graduanda:** Maria Daniela Barbosa de Araújo Melo
Curso: Fisioterapia - FPS
Fone:98759 - 8152
Email:mariadanielifisioterapia@hotmail.com
- **Título do trabalho:** Perfil de Recém-nascidos Pré-termo submetidos ao desmame numa UTI Neonatal Filantrópica.
- **Área de Estudo e Pesquisa:** Fisioterapia Neonatal.
- **Público-Alvo:** Recém – nascidos Pré- termo submetidos ao desmame ventilatório.
- **Orientadora:** Livia Barboza Andrade
Função:Coord. Residência em Fisioterapia Respiratória- IMIP
Fone: 99154-8350
E-mail: fliviabandrade@gmail.com
- **Co-Orientadoras:**
-Ana Gabriela Leal Cavalcanti
Função: Fisioterapeuta da UTI neonatal do IMIP
Fone: 99811-1773
Email: gabi.cavalcanti@hotmail.com

-Nívea Sandelly Santos da Silva
Função: Fisioterapeuta do Centro de Reabilitação – IMIP
Fone:98733-5509
Email:niveasandelly@gmail.com
- **Local de Realização do Trabalho:** Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP.
- **Período de Realização do Trabalho:** Junho a Agosto 2016
- **Palavras chave:** Prematuridade, Perfil, Fisioterapia.

RESUMO

Existe escassez de estudos publicados relacionados às características clínicas e sócio-demográficas e os principais fatores associados à falha de extubação em bebês nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas. Com isso, o presente estudo tem como objetivo traçar o perfil de recém-nascidos pré-termo (RNPT) submetidos ao desmame ventilatório numa unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). MÉTODO: Este trabalho consiste em um estudo transversal descritivo, realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), localizada na cidade do Recife. O estudo foi realizado entre Junho a Agosto de 2016 e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos dessa instituição. Foram consideradas elegíveis RNPT em uso de assistência ventilatória mecânica invasiva (AVMI) por tubo endotraqueal por no mínimo 24 horas selecionados para extubação de acordo com a equipe médica selecionados de forma consecutiva. Os dados descritos foram organizados e tabulados pelo programa SPSS v. 17.0. Considerado $p < 0,05$. RESULTADOS: No período do estudo foram elegíveis 49 recém-nascidos, sendo incluídos 46. A média (\pm DP) da idade gestacional e peso ao nascimento foi respectivamente 28 ± 2 semanas e 1028 ± 345 g, 54% dos prematuros eram do sexo masculino. A média de idade gestacional corrigida no dia da extubação e peso na extubação foram 30 ± 2 semanas e 990 ± 282 g. Isso denota um tempo médio de uso de ventilação mecânica de 15 dias. Dos 46 RN elegíveis e submetidos à extubação, 13 (28%) falharam e foram reintubados e 33 (72%) obtiveram sucesso na extubação.

CONCLUSÃO: A falha de extubação em nosso estudo foi relacionado aos RN's com menor idade gestacional, peso de nascimento e Apgar no quinto minuto de vida. Os resultados apresentados neste estudo demonstram a importância de conhecer as

características clínicas dos RNPT submetidos ao desmame que tiveram sucesso e falha na extubação.

ABSTRACT

There is a scarcity of published studies related to clinical characteristics and socio-demographic and the main factors associated with extubation failure in babies born with gestational age less than 37 weeks. With this, the objective of this study is to trace the profile of pre-term newborns (RNPT) undergoing weaning in a neonatal intensive care unit (NICU). **Method:** This study consists of a descriptive transversal study, performed in the Neonatal Intensive Care Unit of the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), located in the city of Recife. The study was carried out between June to August 2016 and the project submitted Committee for Ethics in Research with Human Beings at that institution. Eligible RNPT in use of ventilatory assistance had been considered invasive mechanics (AVMI) for endotracheal pipe for at least 24 hours selected for extubation in accordance with the medical team selected of consecutive form. The described data had been organized and tabulated for program SPSS v. 17.0. Considered $p < 0,05$. **Result:** In the period of the study they were eligible 49 newborn babies, being included 46. The average (\pm DP) of the age gestational and I hurt the birth it was respectively 28 ± 2 weeks and 1028 ± 345 g. 54 % of the premature ones was of the masculine sex, The age average gestational corrected on the day of the extubation and weight in the extubation there were 30 ± 2 weeks and 990 ± 282 g. That shows a middle time of use of mechanical ventilation of 15 days. Of 46 Rio Grande do Norte eligible and subjected to the extubation, 13 (28 %) failed and was reintubated and 33 (72 %) obtained success in the extubation. **Conclusion:** The imperfection of extubation in our study was related to RN's with lesser gestational age, weight of birth and Apgar in the fifth minute of life. The results presented in this study demonstrate the importance to know the characteristics clinical of the RNPT submitted to wean it that they had had success and fail in the extubation.

I. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), crianças nascidas com idade gestacional de até 37 semanas e peso inferior a 2.500 Kg são classificadas como prematuros ou pré-termo. A prematuridade é uma condição preocupante, não só pelos índices de mortalidade a ela associados, mas pela qualidade de vida restrita aos que a ela sobrevivem¹.

Os fatores relacionados á falha da extubação em Recém- nascidos pré – termo citados na literatura referem-se à Idade gestacional a 26 semanas, persistência do canal arterial com repercussões hemodinâmicas significativas, atelectasias, ventilação pulmonar mecânica acima de 10 dias, histórico de reintubações, edema subglótico, evidências de lesão pulmonar como: Displasia BP e enfisema intersticial, extubação com parâmetros ventilatórios altos, pressão média de vias aéreas acima de 8 cmH₂O, fração inspirada de oxigênio superior a 0,4².

Em contrapartida, a taxa de sobrevivência de recém-nascidos com peso e idade gestacional baixos é consideravelmente elevada e vêm mantendo-se nos últimos anos. Atualmente, mais de 95% dos bebês nascidos antes das 28 semanas de gestação conseguem sobreviver³.

O aumento da sobrevivência de bebês cada vez mais prematuros faz com que o tempo de internamento destes bebês seja a principal causa de imaturidade pulmonar. Embora tenha havido avanços, os problemas respiratórios continuam a ser a principal causa de mortalidade e de morbidade nas primeiras quatro semanas de vida principalmente nos bebês prematuros³. Em países industrializados, a prematuridade é responsável por 70% da mortalidade neonatal e 75% da morbidade neonatal⁴. Este

último fator está comumente relacionado à insuficiência respiratória e a necessidade da ventilação mecânica invasiva (VMI).

Aproximadamente dois terços dos bebês nascidos com menos de 29 semanas de idade gestacional evoluem com insuficiência respiratória e necessita de algum período de assistência ventilatória mecânica invasiva (AVMI) durante o curso da doença, que é necessária para a manutenção da vida destes pacientes⁵. Porém, o uso da AVMI pode levar ao desenvolvimento de diversas consequências como sepse, obstrução do tubo endotraqueal, pneumonias associadas a ventilação mecânica, síndromes de extravasamento de ar e lesão subglótica^{6,7,8}.

O termo desmame refere-se ao processo de transição da ventilação artificial para a espontânea nos pacientes que permanecem em AVMI por tempo superior ao período de 24 horas. Sendo a falha caracterizada na maioria dos estudos pela necessidade de reintubação nos próximas 48h após a extubação⁹. Nos RNs de baixo peso a falência da extubação constitui um problema frequente devido principalmente a maior facilidade que os mesmos apresentam para hipoventilação e atelectasias, levando-os a crises de apneias graves¹⁰.

O prolongamento desnecessário do processo de desmame pode acarretar no aumento da incidência de complicações da AVMI. Vale ressaltar que o desmame prematuro também pode acarretar em complicações graves como dificuldades para reintubação e piora da troca gasosa¹¹. Por esta razão, diversas intervenções são necessárias para a redução do tempo de exposição desses pacientes à AVMI, afim de garantir o sucesso na retirada da ventilação e uma posterior extubação, o que sugere benefícios a longo prazo para os prematuros.

Dessa forma, o objetivo desse estudo é descrever o perfil de Recém-nascidos Pré-termo submetidos ao desmame numa UTI Neonatal e verificar os fatores relacionados a falha de extubação.

II. MÉTODOS

Estudo de corte transversal, descritivo, retrospectivo atrelado ao estudo de mestrado da aluna AGCL (Avaliação da acurácia do teste de respiração espontânea como preditor de sucesso e falha da extubação em neonatos). Foi submetido ao comitê de ética do IMIP e aprovado sob o número 3436-13, solicitado assinatura de TCLE aos seus responsáveis sobre o procedimento proposto, autorizando a realização da pesquisa e divulgação dos resultados obtidos.

Foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), um hospital terciário de alto risco situado em Recife, Pernambuco. Este, trata-se de um hospital de referência no Estado para atendimento ao recém-nascido de alto risco. Sua Unidade Neonatal conta com 18 leitos de cuidados intensivos e 32 leitos de cuidados intermediários, na qual foram admitidos 701 recém-nascidos no ano de 2012.

O presente estudo foi realizado no período de junho a agosto de 2016, sendo a coleta de dados realizada entre setembro de 2013 até dezembro de 2014 com recém-nascidos pré-termo de ambos os sexos, sob assistência ventilatória mecânica invasiva por pelo menos 24 horas. A amostra selecionada foi de conveniência realizada de forma consecutiva obedecendo aos critérios de inclusão e de exclusão.

Foram incluídos os RNPT em uso de assistência ventilatória mecânica invasiva (AVMI) por tubo endotraqueal por no mínimo 24 horas elegíveis para extubação de acordo com a equipe médica (*Check list* da UTI neonatal do IMIP). Excluídos os portadores de malformações congênitas graves; enterocolite necrosante; hemorragia intraperiventricular grau III e IV; síndrome hipóxico-isquêmica grave; sepse não controlada e os casos de extubação não planejada ou acidental.

Descrição de testes e procedimentos.

Todos os RNPT foram ventilados invasivamente por tubo endotraqueal, através do ventilador neonatal Inter3 (Intermed[®], São Paulo) com o modo Ventilação Mandatória Intermitente (VMI). Após preenchimento dos critérios de elegibilidade foram submetidos uma avaliação inicial que correspondeu ao registro de seus sinais vitais (FC e SpO₂) disponíveis na avaliação a beira do leito através do monitor Dixtal[®], parâmetros ventilatórios (pressão inspiratória positiva (PIP), pressão positiva expiratória final (PEEP), frequência de ciclagem (F_{cic}), fração inspirada de oxigênio (FiO₂) e fluxo), frequência respiratória (FR) a partir da expansibilidade torácica analisada em um minuto e sinais de desconforto respiratório através do Boletim de *Silverman-Andersen* (BSA)¹¹.

Os dados referentes às características clínicas e antropométricas foram coletados diretamente do prontuário e registrado em ficha de coleta (Apêndice 1).

Os pacientes eleitos como estáveis de acordo com o julgamento clínico da equipe multidisciplinar e prontos para a extubação, deveriam ter os seguintes aspectos: sem sinais de desconforto respiratório importante (BSA<5), não apresentavam bradicardia (FC<100 bpm) e SpO₂ maior que 90%, participaram do estudo e foram submetidos ao Teste de Respiração Espontânea durante 15 minutos no modo ventilatório espontâneo (pressão positiva contínua- CPAP). Foi considerado sucesso na extubação a permanência fora da ventilação mecânica invasiva por um período igual ou superior a 48 horas, mesmo que a despeito do uso de ventilação não invasiva ou oxigenoterapia.

Os dados foram coletados diretamente dos prontuários e registros da equipe multidisciplinar. Foi digitado em um banco de dados criada no Software Microsoft Excel[®] 2007. A digitação foi executada por duas pessoas, em períodos diferentes,

criando dois bancos de dados distintos. Estes foram comparados para buscar eventuais inconsistências. Os participantes foram divididos em dois grupos baseado no critério de falha ou sucesso da tentativa de extubação. A normalidade das características clínicas dos grupos sucesso e falha, foi avaliada através do teste de Shapiro-Wilk. A comparação entre os grupos foi realizada através do teste t-student para variáveis normais, e o teste de Mann-Withney para variáveis com distribuição não-normais, todos através do software SPSS 17.0 (*SPSS, Chicago, Il, USA*). Considerado $p < 0,05$.

Os autores desse estudo não são vinculados a nenhuma instituição de pesquisa com fins lucrativos, nem possuem interesse particular nos resultados obtidos.

III. RESULTADOS

No período do estudo foram elegíveis 49 recém-nascidos, sendo incluídos 46. A média (\pm DP) da idade gestacional e peso ao nascimento foi respectivamente 28 ± 2 semanas e 1028 ± 345 g. Cinquenta e quatro por cento dos prematuros eram do sexo masculino, 84% desenvolveram a síndrome do desconforto respiratório, porém, apenas 67% realizou terapia de reposição de surfactante. A média de idade gestacional (IG) corrigida e peso no dia da extubação, foram 30 ± 2 semanas e 990 ± 282 g. Isso denota um tempo médio de uso de ventilação mecânica de 15 dias. (Sai ou Fica?)

Dos 46 RN elegíveis e submetidos à extubação, 13 (28%) falharam e foram reintubados e 33 (72%) obtiveram sucesso.

As características clínicas dos RNPT submetidos ao desmame que tiveram sucesso e falha na estão demonstradas na tabela 1.

Tabela 1: Características clínicas dos recém-nascidos prematuros submetidos ao desmame e extubação.

Variáveis	Sucesso extubação (n=33)	Falha extubação (n=13)	p-Valor
IG (semanas)	29 ± 2	28 ± 2	0,03*
IGc (semanas)	31 ± 2	30 ± 3	0,47
Peso ao nascimento (g)	1005(772-1365)	840(723-1040)	0,04**
Peso na extubação	945(800-1222)	772(745-1062)	0,07
Apgar 5º minuto	9(8-9)	7(6-9)	0,03***
Tempo de TOT (dias)	4(2-7)	7(3-15)	0,08
Número de intubações	1(1-2)	1(1-2)	0,52
Doses de surfactante	1(0-2)	1(0-2)	0,66

IG Idade Gestacional; IGc Idade Gestacional corrigida. Dados expressos em média \pm DP ou mediana (25%-75%).

Observa-se que a IG, peso ao nascimento e o Apgar no quinto minuto diferiram de modo significativo entre os grupos sucesso e falha, onde, os menores valores dessas variáveis foram associados à falha da extubação em neonatos pré-termo. Não houve

diferença de idade gestacional corrigida e peso no dia da extubação, nem tempo de intubação, número de intubações, número de doses de surfactante ou presença de comorbidades entre os recém-nascidos que falharam ou obtiveram sucesso na extubação.

IV. DISCUSSÃO

A importância do peso ao nascimento, assim como da idade gestacional, na previsão de problemas em recém-nascidos justifica-se pelo papel relevante que estes desempenham na maturidade de vários sistemas em crianças nascidas pré-termo. Portanto, peso ao nascimento e idade gestacional foram variáveis relacionadas e possíveis desvios de qualquer um dos parâmetros para fora da faixa de normalidade resultarão em aumento da taxa de falha¹². Além disso, os valores de Apgar menores que sete no quinto minuto também foi associada a falha de extubação.

Em relação à variável sexo, constatou-se que 54% dos neonatos pertenciam ao sexo masculino. Tais resultados corroboram com estudo desenvolvido no Estado de São Paulo, que apontou 51,3% dos neonatos eram do sexo masculino, bem como os dados relativos aos nascidos vivos no Brasil, em 2008, em que 51% eram de sexo masculino¹³. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado na capital de Recife, com o objetivo de descrever o perfil epidemiológico da mortalidade neonatal, no período de 1999 a 2009, onde 56,39% dos neonatos faziam parte do mesmo gênero¹⁵. Houve também predomínio do sexo masculino, nos municípios de Juiz de Fora, Fortaleza e Rio Grande do Sul^{13,14}.

O fator protetor do sexo feminino é atribuído ao amadurecimento mais rápido do pulmão, pois a maturidade pulmonar dos recém-nascidos do sexo masculino é mais lenta durante o crescimento fetal, originando uma maior fragilidade¹⁶. Entretanto, outros estudo sugere que o sexo masculino apresenta menor velocidade no amadurecimento global em relação ao sexo feminino, devido as influências do cromossomo Y¹⁷. Nesse sentido, recomenda-se um olhar mais atencioso ao gênero masculino, devido a sua fragilidade adquirida já na concepção.

No presente estudo verificou-se que a síndrome do desconforto respiratório (SDR) foi à patologia mais prevalente, 84% dos neonatos desenvolveram a SDR e 67% realizaram terapia de reposição de surfactante. Dados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Almeida, no qual 68% dos RNPT precisaram de surfactante e 77% também apresentaram SDR¹⁸.

Muitas pesquisas têm sido realizadas com o objetivo de identificar o melhor parâmetro para prever o sucesso ou a falha na extubação, entretanto, especificamente em neonatos de baixo peso, poucos foram publicados¹⁹. No presente estudo, 72% dos RNPT obtiveram sucesso na extubação, estes apresentaram condições fisiológicas e clínicas favoráveis para se manter sem suporte ventilatório, porém 28% falharam e foram reintubados, esses números corroboram com o estudo realizado por Szymankiewicz et al. onde foram avaliados 51 neonatos com SDR, no qual 60,8% foram extubados com sucesso, enquanto 39,2% necessitaram de reintubação e ventilação mecânica por 72 horas após a extubação²⁰. DAVIDSON et al. observaram que dos 35 pré-termos avaliados, 57% também obtiveram sucesso na extubação, entretanto 60% falharam e foram reintubados em menos de seis horas após a extubação¹⁹.

A falha de extubação em nosso estudo foi relacionado aos RN's com menor idade gestacional, peso ao nascimento e Apgar no quinto minuto de vida. Esses dados corroboram com os do estudo realizado por Stefanescu et al., onde uma população com IG e PN semelhante, reportou uma incidência de falha de 8% em RN's com PN > 1.000 g e de 40% naqueles com PN ≤ 1.000g¹². Em relação ao Apgar no 5º minuto de vida, o estudo realizado no município de Belo Horizonte observou que crianças com menores valores de Apgar no quinto minuto de vida apresentaram associação positiva com a falha na extubação e necessidade de reintubação²¹. De acordo com Hermeto et al., os

RN's que apresentaram sucesso na extubação obtiveram valores maiores de Apgar no quinto minuto do que os que falharam¹².

O presente estudo apresenta limitações por seu aspecto retrospectivo e no tamanho da amostra no qual dificultou uma análise mais profunda com as características clínicas e demográficas da falha do procedimento de extubação.

V. CONCLUSÃO

O peso ao nascimento, a idade gestacional e Apgar no 5º minutos de vida são fatores de risco que podem influenciar o sucesso da extubação em recém-nascidos de baixo peso. Estes resultados demonstram a importância de conhecer as características clínicas dos RNPT submetidos ao desmame que tiveram sucesso e falha na extubação.

Por fim, a busca de melhor compreensão sobre o perfil de recém-nascidos pré-termo submetidos ao desmame e seus diferentes aspectos clínicos, pode determinar o melhor momento para tomada de decisão do procedimento de extubação.

VI. REFERÊNCIAS

1. Bozzetto, C., Quevedo Grave, M. T., & Périco, E. Incidência de nascimentos prematuros em hospital de um município do Vale do Caí. *Destaques Acadêmicos*. 2013;5(3).
2. Andrade, L.B. Melo, T.M.A. Morais, D.F.N. et al. Avaliação do teste de respiração espontânea na extubação de neonatos pré-termos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010: v.22,n.1,p.159-165.
3. Fonseca, A. F. M. A Fisioterapia nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. 2013.
4. Martins, M. D. G., Santos, G. H. N. D., Sousa, M. D. S., Costa, J. E. F. B. D., & Simões, V. M. F. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Rev Bras. ginecol. Obstet*. 2011;33(11):354-360.
5. Behrman, R. E. Jenson HB. Nelson: Tratado de Pediatria. 16ª edição. 2002.
6. Giaccone A, Jensen E, Davis P, Schmidt B. Definitions of extubation success in very premature infants: a systematic review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2014;99:F124-127.
7. Dani C, Bertini G, Pezzati M, Cecchi A, Caviglioli C, Rubaltelli FF. Early extubation and nasal continuous positive airway pressure after surfactant treatment for respiratory distress syndrome among preterm infants. *Pediatrics*. 2004;113(4):e560-3.
8. Chawla S, Natarajan G, Gelmini M, Kazzi SNJ. Role of spontaneous breathing trial predicting successful extubation in premature infants. *Pediatr Pulmonol*. 2013;48(5):443-8.
9. da Silva, M. A., & da Silva, V. Z. M. Desmame da Ventilação Mecânica. 2015.
10. Komatsu, D. F. R. Estudo controlado e randomizado entre o uso de ventilação por pressão positiva intermitente e pressão positiva contínua em vias aéreas em recém-nascidos pré-termo após a extubação traqueal. Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo. 2007.
11. Paredes, E. R., Junior, V. N., & de Oliveira, A. C. T. Protocolo de prevenção de falha de extubação como estratégia para evitar as complicações da reintubação precoce. *UNILUS Ensino e Pesquisa*. 2013;10(19):12-19.

12. Hermeto, F., Martins, B. M., Ramos, J. R., Bhering, C. A., & Sant'Anna, G. M. Incidência e principais fatores associados à falha de extubação em recém-nascidos com peso de nascimento < 1.250 gramas. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(5):397-402.
13. Basso, C. G., Neves, E. T., & Silveira, A. D. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. *Texto and Contexto Enfermagem*. 2012; 21(2):269.
14. Nascimento, R. M. D., Leite, Á. J. M., Almeida, N. M. G. S. D., Almeida, P. C. D., & Silva, C. F. D. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controlado em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(3):559-572.
15. Rocha, R., Oliveira, C., Silva, D. K. F. D., & Bonfim, C. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. *Rev. enferm. UERJ*. 2011;19(1):114-120.
16. Ribeiro, A. M., Guimarães, M. J., de Carvalho Lima, M., Sarinho, S. W., & Coutinho, S. B. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Revista de Saúde Pública*. 2009 43(2):246-255.
17. de Aguiar, J. B. Fatores de risco para mortalidade neonatal, em hospital de referência. 2011.
18. de Sousa Oliveira, C., Casagrande, G. A., Grecco, L. C., & Golin, M. O. Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. *ABCS Health Sciences*. 2015;40(1).
19. Davidson, J., Miyoshi, M. H., Dos Santos, A. M., & Carvalho, W. B. D. Medida da frequência respiratória e do volume corrente para prever a falha na extubação de recém-nascidos de muito baixo peso em ventilação mecânica. *Revista Paulista de Pediatria*. 2008.
20. Szymankiewicz, M., Vidyasagar, D., & Gadzinowski, J. Predictors of successful extubation of preterm low-birth-weight infants with respiratory distress syndrome. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2005;6(1):44-49.

21. Costa, A. C. D. O., Schettino, R. D. C., & Ferreira, S. C. Fatores preditivos para falha de extubação e reintubação de recém-nascidos submetidos à ventilação pulmonar mecânica. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2010;26(1):51-56.

APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pesquisa: “Avaliação da acurácia do teste de respiração espontânea como preditor de sucesso e falha da extubação em neonatos”

FICHA DE AVALIAÇÃO

N: _____

Dados antropométricos

Nome: _____ Reg: _____

DN: ___/___/___ Sexo: _____ IG: _____ IGC: _____ PN: _____

PexTOT: _____ Apgar: ___/___ Tempo de TOT: _____ N° TOT: _____ Data EXTOT:

___/___/___

corticóide pré EXTOT () Horas antes: _____ N° doses: _____ EXTOT n° ()

HD: _____

Últimos exames (Hemograma / gasometria):

pH: _____ PO2: _____ PCO2: _____ HCO3: _____ BE: _____ IO: _____

Hb: _____ Ht: _____ Leuco: _____ PCR: _____ Plaquetas: _____

AVM:

Modo ventilatório: _____ PIP: _____ PEEP: _____ Fcic: _____ Fluxo: _____ FiO2: _____

PMVA: _____

Avaliação da tolerância ao TRE:

Parâmetros	Antes	3° min	6° min	9° min	12° min	15° min	Após Repouso
FC							
SpO ₂							
FR							
BSA							

sucesso no teste

falha no teste

Após extubação:

Modo de suporte: _____ PIP: _____ PEEP: _____ FC: _____ FiO₂: _____ PMVA: _____

FC: _____ SpO₂: _____ FR: _____ BSA: _____

Desfecho:

sucesso na extubação

reintubado em _____ horas – Causa: _____